

Année scolaire 2022-2023 Classe :

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) : Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'élève : \_\_\_\_\_

**Autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiqu e, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant.**

**J'en serai immédiatement informé(e) par l'établissement.**

### Personne à contacter en cas d'absence :

Nom Prénom :

Téléphone :

Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital (ou autre structure de soins)

Date et signature :

## AUTORISATION DE DELIVRANCE DE MEDICAMENTS

Je sous signé .....autorise l'infirmier à administrer à  
  mon enfant un médicament du BO du 6 01 2000 (paracétamol, spasfon ..)  
en cas de nécessité.

Date et signature :

### ELEVE :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Photo récente

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Interne

  pensionnaire

Externe

### RESPONSABLES LEGAUX :

#### Nom Prénom du Père

Tel portable :

Tel travail :

N SS :

#### Nom Prénom de la mère :

Tel portable :

Tel travail :

N SS :

## **VACCINATIONS OBLIGATOIRES :**

Pour l'inscription d'un établissement scolaire, **la vaccination antidiphtérique, Antitétanique, et antipoliomyélique complète est obligatoire.**

(Sauf contre indication médicale à fournir)

**Date du dernier vaccin DTP :** \_\_\_\_\_

(Merci de joindre la photocopie des vaccinations)

### MERCI DE RENSEIGNER :

- **Les antécédents médicaux et chirurgicaux :**

---

---

- **Une allergie éventuelle et son traitement :**

---

---

- **Une contre-indication à certains médicaments :**

---

---

### ATTENTION !

Il est rappelé que l'élève ne doit en aucun cas être porteur de médicaments, y compris à l'internat. En cas de traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmier avec l'ordonnance.

**Nom et numéro du Médecin traitant :**

---

## **AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES :**

(handicap, dyslexie, autres.....)

---

---

**L'élève bénéficiait-il l'année dernière de l'un de ces dispositifs :**

**PAI** (maladie) si oui merci de préciser : \_\_\_\_\_

**PPS** (handicap, notification MDPH)

**PAP** (troubles durable des apprentissages scolaires)

Si vous souhaitez instaurer ou renouveler

Un PAI, merci de contacter l'infirmier scolaire

*Pour contacter l'infirmier scolaire :*

**COCHE Olivier Infirmier scolaire 4, rue des Deux Vallées Quartier Plaisance  
07160 le Cheylard**

**Tel : 04 75 29 13 66 Port : 06.82.25.94.44 [olivier.coche@ac-grenoble.fr](mailto:olivier.coche@ac-grenoble.fr)**